

**UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**TRABAJO FIN DE GRADO EN PODOLOGÍA**



---

**COMPARATIVA DE LA INFILTRACIÓN DE CORTICOIDES Y LA  
INFILTRACIÓN DE PRP PARA EL TRATAMIENTO DE LA  
FASCIOPATÍA PLANTAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

---

**AUTOR:** LUCÍA ARCO SÁNCHEZ

**TUTORA:** CAROLINA ALONSO MONTERO

**DEPARTAMENTO:** PATOLOGÍA Y CIRUGÍA

**CURSO ACADÉMICO:** 2023-2024

**CONVOCATORIA JUNIO 2024**



## ÍNDICE

1. RESUMEN.....	7
2. ABSTRACT .....	8
3. INTRODUCCIÓN.....	9
3.1. OBJETIVO PRINCIPAL Y SECUNDARIO .....	14
4. MATERIAL Y MÉTODOS .....	15
4.1. DISEÑO:.....	15
4.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:.....	15
4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN:.....	15
5. RESULTADOS.....	19
6. DISCUSIÓN.....	27
7. CONCLUSIÓN .....	30
8. BIBLIOGRAFÍA.....	31





## ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y ANEXOS

FIGURA 1.....	18
FIGURA 2.....	24
FIGURA 3.....	24
FIGURA 4.....	25
FIGURA 5.....	25
FIGURA 6.....	26
FIGURA 7.....	26
TABLA 1.....	21
ANEXO 1 .....	36



## GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- PRP: Plasma rico en plaquetas.
- EVA: Escala Visual Analógica.
- AOFAS: American Orthopaedic Foot and Ankle Society.
- ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado.



## 1. RESUMEN

**Introducción:** La fasciopatía plantar es la causa más común de dolor en el talón. Se trata de una lesión musculoesquelética que afecta aproximadamente el 10% de la población. Existen numerosas modalidades terapéuticas y suele responder al tratamiento conservador en el 80% de los casos. Algunos de los que están más en auge son la infiltración con corticoides y la infiltración de plasma rico en plaquetas (PRP). Estos dos tratamientos no son de primera elección ya que se tratan de métodos invasivos y se utilizan en casos de que los pacientes no respondan al tratamiento conservador. **Objetivo:** Determinar la efectividad de la infiltración de PRP y de corticoides para el tratamiento de la fasciopatía plantar.

**Material y métodos:** Se realiza una búsqueda de ensayos clínicos aleatorizados obtenidos de las bases de datos de Pubmed, Scopus y Web Of Science, utilizando los términos “plantar fasciitis”, “treatment”, “platelet rich plasma” y “corticosteroid”. **Resultados:** Elección de diez artículos en los cuales se compara la efectividad de la infiltración de PRP y corticoides. **Conclusión:** Tanto el PRP como los corticoides ofrecen beneficios en el tratamiento de la fasciopatía plantar. El uso de corticoides llega a ser más efectivo a corto plazo, pero el PRP obtiene mejores porcentajes de mejora a largo plazo. Además, es importante tener en cuenta que el uso de corticoides produce más efectos secundarios que el PRP, pudiendo provocar atrofia de la almohadilla grasa o incluso una rotura de la fascia plantar.

**Palabras clave:** “plantar fasciitis”, “treatment”, “platelet rich plasma”, “corticosteroid”.

## 2. ABSTRACT

**Introduction:** Plantar fasciopathy is the most common cause of heel pain. It is a musculoskeletal injury affecting approximately 10% of the population. There are numerous therapeutic modalities and it usually responds to conservative treatment in 80% of cases. Some of the most popular are corticosteroid infiltration and platelet-rich plasma (PRP) infiltration. These two treatments are not the first choice as they are invasive methods and are used in cases where patients do not respond to conservative treatment. **Objective:** To determine the effectiveness of PRP and corticosteroid infiltration for the treatment of plantar fasciopathy. **Material and methods:** A search was conducted for randomised clinical trials obtained from the Pubmed, Scopus and Web Of Science databases, using the terms 'plantar fasciitis', 'treatment', 'platelet rich plasma' and 'corticosteroid'. **Results:** Choice of ten articles comparing the effectiveness of PRP and corticosteroid infiltration. **Conclusion:** Both PRP and corticosteroids offer benefits in the treatment of plantar fasciitis. The use of corticosteroids becomes more effective in the short term, but PRP has better improvement rates in the long term. In addition, it is important to note that the use of corticosteroids produces more side effects than PRP, which can lead to atrophy of the fat pad or even a rupture of the plantar fascia.

**Key Words:** "plantar fasciitis", "treatment", "platelet rich plasma", "corticosteroid".

### 3. INTRODUCCIÓN

La fasciopatía plantar es la causa más común de dolor en el talón <sup>(1)</sup>. Se trata de una lesión musculoesquelética que afecta al 7% de la población de todas las edades, aunque es más común que aparezca entre los 40 y 60 años. Aproximadamente el 10% de la población sufrirá esta patología en algún momento de su vida <sup>(2) (3)</sup>.

La fascia plantar es una banda de tejido conectivo formada principalmente por fibras de colágeno. Se origina en la tuberosidad medial calcáneo y se compone de 3 bandas: medial, central y lateral, siendo la central la más gruesa <sup>(1)</sup>. Se acaban insertando en cada una de las bases de las falanges proximales <sup>(4)</sup>.

El término “fascitis plantar” implica que esta patología está asociada a una inflamación <sup>(5)</sup>, pero más bien es un proceso degenerativo que disminuye la elasticidad de la fascia debido a microtraumatismos de repetición <sup>(5-7)</sup>. A consecuencia de ello, se produce una degeneración del colágeno y a continuación, una reacción inflamatoria, pero hay que dejar claro que no es un proceso inflamatorio primario <sup>(2)</sup>.

La fascia tiene importantes funciones. A nivel funcional, la fascia plantar contribuye al mantenimiento del arco longitudinal medial del pie, permite controlar la pronación y supinación del pie, aporta estabilidad y soporte y absorbe el impacto sobre el talón al caminar <sup>(6)</sup>.

Los principales factores de riesgo son la edad avanzada, la obesidad, pronación excesiva del pie, y una disminución de la almohadilla grasa. También destacan otros factores extrínsecos como un ajuste incorrecto del calzado, patrón de carrera inadecuado o una bipedestación prolongada. Estos factores tienen en común el estrés mecánico, los microtraumatismos de repetición y la degeneración colágena de la fascia plantar <sup>(6)</sup>.

El principal síntoma de la fasciopatía plantar es el dolor al dar los primeros pasos del día o después de un periodo largo de descanso. El dolor va disminuyendo gradualmente con la caminata normal, pero empeora con el aumento de la actividad. La ubicación del dolor predomina principalmente en el talón o cerca de este, aunque también lo podemos encontrar más distalmente, sobre la banda central de la fascia plantar, pudiendo llegar incluso hasta las cabezas de los metatarsianos <sup>(4) (5) (7)</sup>. El dolor es localizado y se describe como intenso, punzante <sup>(8)</sup>, no se irradia. En el caso de que esto ocurra y el paciente sienta parestesias, debemos sospechar de patología neurológica y es importante excluirla <sup>(7)</sup>.

El diagnóstico de fascitis plantar es clínico, basado en la anamnesis y la exploración física. En principio no son necesarias pruebas complementarias, aunque pueden llegar a ser útiles para observar si existe inflamación de la fascia o para descartar cualquier otra enfermedad en caso de que el tratamiento que estamos utilizando no sea efectivo <sup>(1) (3)</sup>.

Entre las diferentes imágenes diagnósticas, la ecografía fue la más utilizada y el criterio de diagnóstico primario a partir de las imágenes fue la evaluación del grosor de la fascia plantar. Los pacientes con fasciopatía plantar presentaban una fascia plantar 2,16 mm más gruesa que los controles y tendían a tener de espesores de la fascia plantar superiores a 4,0 mm <sup>(3)</sup>.

Son muchas las patologías que se pueden confundir con la fascitis plantar. Esto se debe a que por la zona del talón pasan numerosas estructuras, ya sean músculos, tendones, nervios, bursas, etc. Los trastornos que se pueden confundir con fascitis plantar incluyen desde problemas neurológicos como atrapamiento de nervios, a tumores o infecciones en el calcáneo (osteomielitis). El dolor también se puede confundir con la degeneración de la almohadilla grasa plantar, isquemia o fracturas por estrés o incluso inflamación de las bursas de los tendones que se insertan en el calcáneo, como es el tendón de Aquiles <sup>(9)</sup>.

La fascitis plantar es una patología que suele responder al tratamiento conservador en el 80% de los casos. El periodo de resolución varía entre los 6 y los 18 meses <sup>(10)</sup>. El 85% de los pacientes con fascitis plantar sintomática responderán al tratamiento conservador sin necesidad de llegar a la cirugía, estando indicada para el 15% restante <sup>(11)</sup>.

Hay muchas opciones de tratamiento, que se clasifican y se aplican en función de la evolución, duración y la gravedad de la patología. Desde el momento en que se inicia la patología, empezamos a tratarla con tratamientos más conservadores, es decir, usando métodos no invasivos. Algunos ejemplos son

fármacos antiinflamatorios orales, ejercicios de estiramiento, crioterapia domiciliaria o reducción de la actividad. Si los síntomas mejoran, se siguen con la terapia inicial hasta que la fascitis se resuelva por completo. En el caso de que el dolor no cese, se pasa a combinar los tratamientos conservadores con otras técnicas invasivas, como son en este caso la infiltración de corticoides o de plasma rico en plaquetas (PRP).

Es importante saber que tanto los corticoides como el plasma rico en plaquetas pueden producir efectos adversos, por eso también hay que tener en cuenta siempre el beneficio/riesgo de cada uno de ellos.

Los objetivos de la infiltración de corticoides en la fascia plantar son:

- Reducir la inflamación: Los corticoides inhiben la liberación de mediadores inflamatorios reduciendo la inflamación de la fascia <sup>(12)</sup>.
- Aliviar el dolor: Son capaces de disminuir la actividad de las fibras nerviosas nociceptivas, lo que resulta en un alivio significativo del dolor <sup>(13)</sup>.
- Modular la síntesis de colágeno. Al disminuir la actividad de los fibroblastos, reducen la producción de colágeno y otros componentes de la matriz extracelular, lo que hace que el engrosamiento de la fascia disminuya <sup>(14)</sup>.

En cuanto a la infiltración con corticoides, podemos encontrarnos con varias complicaciones como pueden ser:

- Ruptura de la fascia plantar. Al disminuir la síntesis de colágeno y de otros componentes de la matriz extracelular, se reduce la capacidad de reparación del tejido <sup>(14)</sup>.
- Atrofia de la almohadilla grasa plantar. Los corticoides inhiben la proliferación celular y la síntesis de proteínas, haciendo que sea imposible la regeneración de ese tejido adiposo. Esto disminuye la capacidad de amortiguación del pie, haciendo que aumente el dolor en el paciente <sup>(14)</sup>.

Es importante tener en cuenta que las infiltraciones de corticoides pueden estar contraindicadas en algunas situaciones debido a las complicaciones asociadas. Las más comunes son cuando tenemos una presencia de infección en el área de inyección o generalizada debido al riesgo de diseminar la infección <sup>(15)</sup>. Otra contraindicación a tener muy en cuenta es no infiltrar en pacientes con diabetes mellitus no controlada, ya que los corticoides pueden elevar el riesgo de glucosa en sangre. Tampoco se recomienda infiltrar corticoides cuando tengamos la presencia de fracturas de estrés en el área del talón, ya que pueden debilitar más el tejido conectivo adyacente <sup>(16)</sup>.

En cuanto a la función del PRP, encontramos varios aspectos a destacar:

- Estimula la regeneración de tejidos. Al contener altas concentraciones de factores de crecimiento que promueven la proliferación celular, la síntesis de matriz extracelular y la angiogénesis, ayuda a reparar el tejido dañado.

<sup>(17)</sup>

- Reduce la inflamación. Modula la respuesta inflamatoria y facilita la curación <sup>(18)</sup>.
- Estimula la síntesis de colágeno. El PRP es capaz de estimular los fibroblastos en la fascia plantar para producir más colágeno, necesario para la reparación y fortalecimiento del tejido de la fascia <sup>(15)</sup> <sup>(19)</sup>.

En cuanto a las complicaciones más características de la inyección con PRP son dolor post inyección <sup>(17)</sup> o reacción inflamatoria temporal debido a la liberación de los factores de crecimiento <sup>(20)</sup>.

### **3.1. Objetivos**

El objetivo principal es determinar la efectividad de la infiltración de PRP y de corticoides para el tratamiento de la fasciopatía plantar tras el fracaso de tratamientos conservadores.

Los objetivos secundarios son:

- Evaluar los efectos adversos asociados al tratamiento con PRP y corticoides.
- Analizar la efectividad de dichos tratamientos a corto y largo plazo.

## **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **4.1. Diseño:**

Una vez definidos los objetivos de esta revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scopus y Web of Science desde diciembre de 2023 hasta abril de 2024.

La finalidad de esta búsqueda era encontrar artículos sobre el tratamiento de la fascitis plantar utilizando infiltraciones de PRP y de corticoides, analizando posteriormente los resultados de los mismos para así evidenciar la efectividad o no de estos tratamientos tanto a corto como a largo plazo.

### **4.2. Estrategia de búsqueda:**

La búsqueda se dividió en dos partes: La primera búsqueda se centró en identificar los artículos que evaluaban la efectividad de las infiltraciones con plasma rico en plaquetas en el tratamiento de la fascitis plantar. La segunda búsqueda tuvo el mismo objetivo, pero en este caso con la efectividad de las infiltraciones con corticoides en dicha patología.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron: “plantar fasciitis”, “treatment”, “platelet rich plasma” y “corticosteroid”.

### **4.3. Criterios de inclusión y de exclusión:**

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta a la hora de realizar la selección de los artículos fueron los siguientes:

- Artículos posteriores a 2017.
- Que fuesen ensayos clínicos aleatorizados.
- Artículos que describan la infiltración de PRP como tratamiento de la fascitis plantar.

- Artículos que describan la infiltración de corticoides como tratamiento de la fascitis plantar.
- Artículos que estuvieran escritos en inglés o español.

Los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta fueron los siguientes:

- Artículos que no estaban directamente relacionados con la fascitis plantar.
- Artículos que tengan una información insuficiente sobre el seguimiento que se ha llevado a cabo, ya que dificultaría la comparación de los resultados.
- Artículos que comparen estos tratamientos con otros que no fuesen ni PRP ni corticoides.

La primera base de datos utilizada para la búsqueda de los artículos fue la base de datos PubMed. Se realizó la primera búsqueda, que fue la infiltración de plasma rico en plaquetas. Los descriptores utilizados fueron: “plantar fasciitis AND treatment AND platelet rich plasma”. Antes de aplicar ningún filtro se obtuvieron 88 resultados. Seguidamente se aplicaron los siguientes filtros: Desde 2017 hasta la actualidad, que fuesen ensayos clínicos aleatorizados, especie “humanos” y en inglés o español. Con estos filtros, la cifra de artículos descendió hasta los 12 artículos.

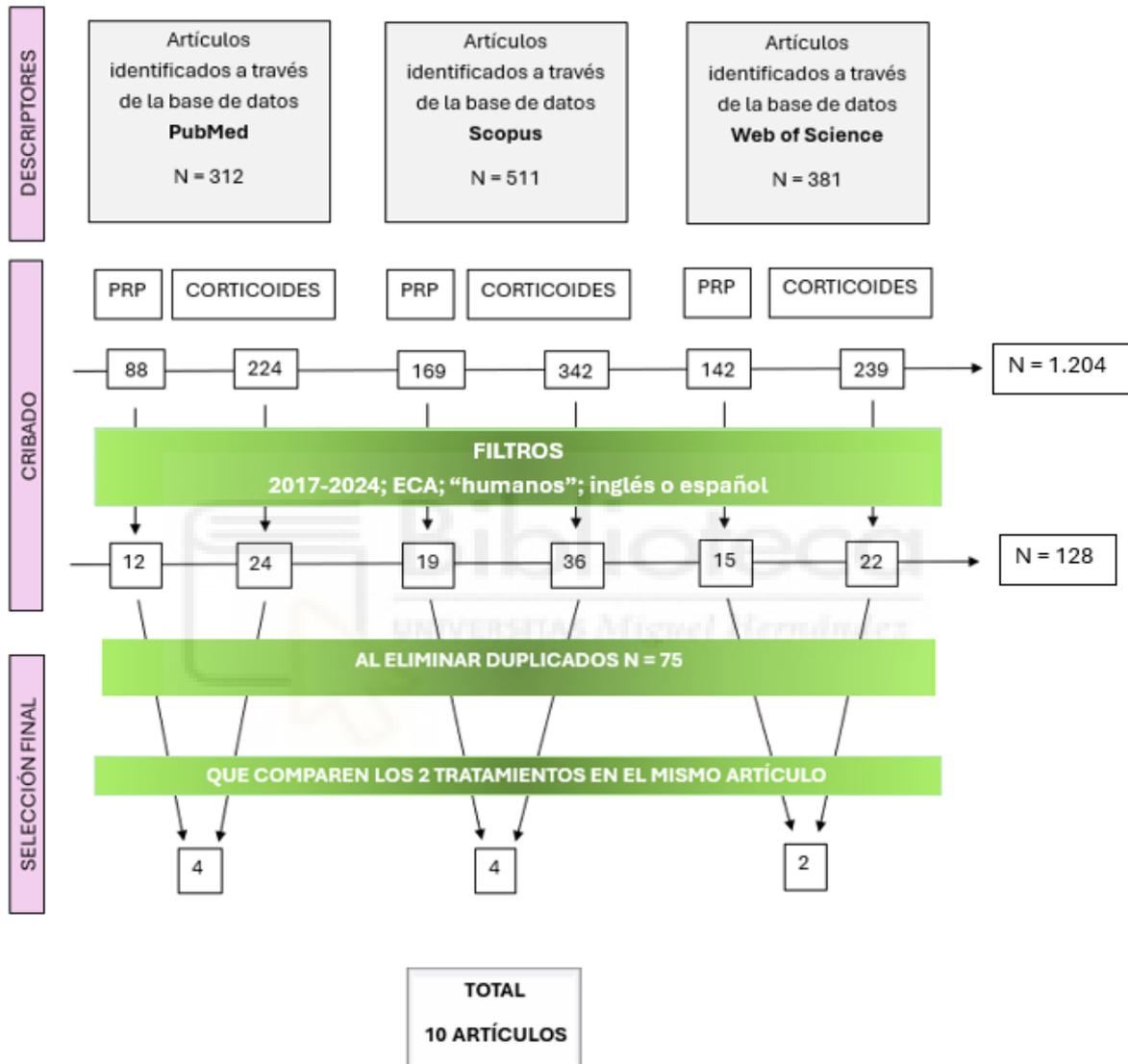
Después se prosiguió con la segunda búsqueda, en la cual utilizamos los siguientes descriptores: “plantar fasciitis AND treatment AND corticosteroid”. Inicialmente se obtuvieron 224 resultados, los cuales, tras aplicar los mismos filtros comentados anteriormente, disminuyeron a 24 resultados.

La segunda base de datos que se utilizó fue Scopus. En la primera búsqueda se utilizaron los descriptores “plantar fasciitis AND treatment AND platelet rich plasma”, obteniendo 169 resultados. Tras añadir los mismos filtros que utilizamos en la base de datos anterior, la cifra descendió a 19 resultados. La segunda búsqueda se realizó con los descriptores “plantar fasciitis AND treatment AND corticosteroid”, obteniendo 342 resultados. Tras aplicar los filtros, se obtuvieron 36 resultados.

También se utilizó la base de datos de Web of Science. La primera búsqueda fue la de plasma rico en plaquetas, por lo que los descriptores fueron “plantar fasciitis AND treatment AND platelet rich plasma”, lo que nos dio un total de 142 artículos, que al aplicar los mismos filtros que anteriormente la cifra disminuyó a los 15 artículos. Con los descriptores “plantar fasciitis AND treatment AND corticosteroid” obtuvimos un total de 239 artículos que con los filtros se quedaron en 22.

Al analizar los artículos obtenidos en este punto de las tres bases de datos, antes de seguir examinando los que nos iban a servir para la comparación, eliminamos los artículos duplicados. De esta manera, pasamos de tener 128 artículos, a tener un total de 75 artículos. Como el objetivo era escoger sólo los artículos que comparasen ambos tratamientos en el mismo artículo, finalmente de la base de datos de Pubmed cumplieron los requisitos 4 artículos, de Scielo 4 artículos y de Web of Science solamente 2 artículos. Como resultado final, obtuvimos 10 artículos.

El proceso que se ha seguido para para la identificación y selección de los artículos aparece en el siguiente diagrama de flujo (**figura 1**):



**Figura 1. Diagrama de Flujo**

## 5. RESULTADOS

Los tipos de artículos que se ha utilizado para llevar a cabo este trabajo son los ensayos clínicos aleatorizados. De esta manera, se ha evaluado de manera más sencilla la efectividad de los tratamientos, en este caso del PRP y los corticoides.

El total de pacientes que se incluyeron en los 10 estudios fue de 1184. La edad media fue de 42,35 años; siendo 660 mujeres y 457 hombres. Tanto el sexo de los pacientes como la media de edad incluye todos los artículos menos el de Sathyendra et al. <sup>(21)</sup>, que no especifica ninguna de las dos variables. Todos los pacientes que participaron ya habían probado tratamientos conservadores mínimo 4 semanas antes de empezar estos estudios, pero estos habían fracasado.

En cuanto a las escalas más utilizadas en estos artículos para valorar a los pacientes encontramos dos:

- La Escala Visual Analógica (EVA). Esta escala evalúa la intensidad del dolor experimentado por el paciente. Se expresa en una escala numerada del 0 al 10, donde 0 indica una ausencia total de dolor y 10 representa el dolor máximo.
- La Escala American Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS). Esta escala se utiliza para medir la función del pie y tobillo en personas con diversas afecciones; en este caso la fascitis plantar. Esta escala valora parámetros como el dolor, la función y la movilidad del pie y tobillo. Se mide en una escala de 0 a 100, donde la puntuación más alta indica mejor función y, por tanto, menor discapacidad en el pie y en el tobillo.

Por otra parte, el tiempo de seguimiento oscila entre 0.5 meses hasta los 36, pero para unificar valores, nos centraremos en los meses que la mayoría tienen en común, que sería al principio del tratamiento, a los 3 meses y a los 6 meses. De esta manera, tendremos una percepción más clara de lo que ocurre en el mismo intervalo de tiempo en cada uno de ellos.

Sobre el número de sesiones, todos coinciden en una sola infiltración, tanto de PRP como de corticoides excepto en los artículos de Uğurlar et al. <sup>(22)</sup> y de Kukreja et al. <sup>(23)</sup>, que infiltran tres sesiones en total con un margen de una semana entre cada sesión <sup>(24)</sup>.

En cuanto a las dosis utilizadas de PRP, oscilan entre los 2 ml y 3 ml, y en algunos ensayos <sup>(21) (24-28)</sup> también se inyectan con anestésico local (de 1 a 2 ml de lidocaína al 2%).

Los corticoides más utilizados son Metilprednisolona, seguido de la Triamcinolona y la Betametasona. Las dosis oscilan entre 1ml y 2 ml. Ni en el artículo de Balashanmugam et al. <sup>(24)</sup> ni en el de Kukreja et al. <sup>(23)</sup> se especifican las dosis empleadas para el estudio.

A continuación, se muestra un resumen de los resultados encontrados en los diferentes artículos (**Tabla 1**).

AUTORES/AÑO	N	RESULTADOS		CONCLUSIÓN
Soraganvi et al., 2019 <sup>(25)</sup>	57	<b>EVA</b> <b>GRUPO A = 7.14</b> - 6 semanas = 2.62 - 3 meses = 1.93 - 6 meses = 1.41  <b>Grupo B= 7.21</b> - 6 semanas = 1.93 - 3 meses = 2.89 - 6 meses = 3.76	<b>AOFAS</b> <b>GRUPO A = 54</b> - 6 semanas = 79.3 - 3 meses = 85.72 - 6 meses = 90.03  <b>Grupo B= 55.63</b> - 6 semanas = 86.06 - 3 meses = 78.57 - 6 meses = 74.67	La disminución de las puntuaciones de dolor y función del grupo de esteroides después de seis semanas sugiere que la inyección de esteroides es más eficaz sólo para el alivio a corto plazo.
Khurana et al., 2021 <sup>(28)</sup>	118	<b>EVA</b> <b>GRUPO A = 9.40</b> - 2 semanas = 6.71 - 4 semanas = 3.98 - 3 meses = 1.45 - 6 meses = 0.52  <b>Grupo B= 9.38</b> - 2 semanas = 7.30 - 4 semanas = 4.93 - 3 meses = 2.72 - 6 meses = 1.92	<b>AOFAS</b> <b>GRUPO A</b> - 6 meses = 95.09  <b>Grupo B</b> - 6 meses = 85.96	El resultado y la diferencia fueron más pronunciados a medida que aumentaba el tiempo transcurrido desde la inyección.  El PRP proporciona un mejor alivio del dolor y una mejor función en comparación con la inyección de esteroides.
Vellingiri et al., 2022 <sup>(26)</sup>	110	<b>EVA</b> <b>GRUPO A = 7.32</b> - 1º mes = 5.78 - 3º mes = 4.52 - 6º mes = 3.5  <b>GRUPO B = 7.24</b> - 1º mes = 6.46 - 3º mes = 5.64 - 6º mes = 4.44	<b>AOFAS</b> <b>GRUPO A = 59.58</b> - 1º mes = 70.74 - 3º mes = 82.20 - 6º mes = 92.04  <b>GRUPO B = 56.62</b> - 1º mes = 64.08 - 3º mes = 71.22 - 6º mes = 76.08	Aunque las inyecciones de corticoides muestran una mejora significativa en los resultados un mes después de la inyección, a largo plazo la inyección de PRP proporciona mejores resultados durante seis meses en comparación con el grupo de corticoides.
Sharma et al., 2023 <sup>(27)</sup>	87	<b>EVA</b> <b>GRUPO A = 5.22</b> - 3º mes = 4.22 - 6º mes = 1.97  <b>GRUPO B = 4.77</b> - 3º mes = 3.14 - 6º mes = 2.71	<b>AOFAS</b> <b>GRUPO A = 52.53</b> - 3º mes = 63.80 - 6º mes = 86.04  <b>GRUPO B = 58.14</b> - 3º mes = 75.76 - 6º mes = 81.23	Se encontró que el bienestar de los participantes, evaluado en términos de dolor y movilidad funcional, era mejor en el grupo de esteroides a los tres meses; sin embargo, se logró un alivio duradero del dolor y una mayor función de movilidad a los seis meses en el grupo de PRP.

Sahoo et al., 2020 <sup>(29)</sup>	73	<b>EVA</b> <b>GRUPO A = 8.2</b> - 3º mes = 2 - 6º mes = 0.8  <b>GRUPO B = 8</b> - 3º mes = 4.9 - 6º mes = 6.3	A los 3 y 6 meses de seguimiento, la efectividad fue significativamente mejor con la inyección de PRP. Por lo tanto, se puede recomendar el PRP para una mejora sostenida y prolongada de la fascitis plantar.
Ashraf et al., 2023 <sup>(30)</sup>	500	<b>EVA</b> <b>GRUPO A = 7.72</b> - 1º mes = 6.44 - 6º mes = 3.92 - 12º mes = 0.6  <b>GRUPO B = 7.6</b> - 1º mes = 4 - 6º mes = 2.8 - 12º mes = 0.68	La administración de PRP puede ser más efectiva en comparación con los esteroides, ya que da resultados positivos incluso después de 12 meses de seguimiento, por lo que puede considerarse como un tratamiento a largo plazo en comparación con las inyecciones de esteroides.
Balashanmugam et al., 2023 <sup>(24)</sup>	60	<b>EVA</b> <b>GRUPO A = 8.73</b> - 4 semanas = 5.63 - 8 semanas = 4.3 - 3º mes = 2.87 - 6º mes = 1.93  <b>GRUPO B = 8.53</b> - 4 semanas = 4.43 - 8 semanas = 2.63 - 3º mes = 1.77 - 6º mes = 3.33	La inyección de corticosteroides es más eficaz a corto plazo, y el PRP tarda más tiempo en actuar, pero tiene una respuesta sostenida y constante y es más eficaz a largo plazo.
Uğurlar et al., 2018 <sup>(22)</sup>	79	<b>EVA</b> <b>GRUPO A = 7.9</b> - 1º mes = 7.8 - 3º mes = 2.7 - 6º mes = 2.6 - 12º mes = 5.6 - 24º mes = 7.5 - 36º mes = 7.7  <b>GRUPO B = 7.4</b> - 1º mes = 3.2 - 3º mes = 4.4 - 6º mes = 5.2 - 12º mes = 6.8 - 24 mes = 7.4 - 36º mes = 7.5	La inyección de corticoides es más efectiva en los primeros 3 meses, pero pierde su eficacia con el tiempo. El efecto del PRP se observará en un plazo de 3 a 12 meses.

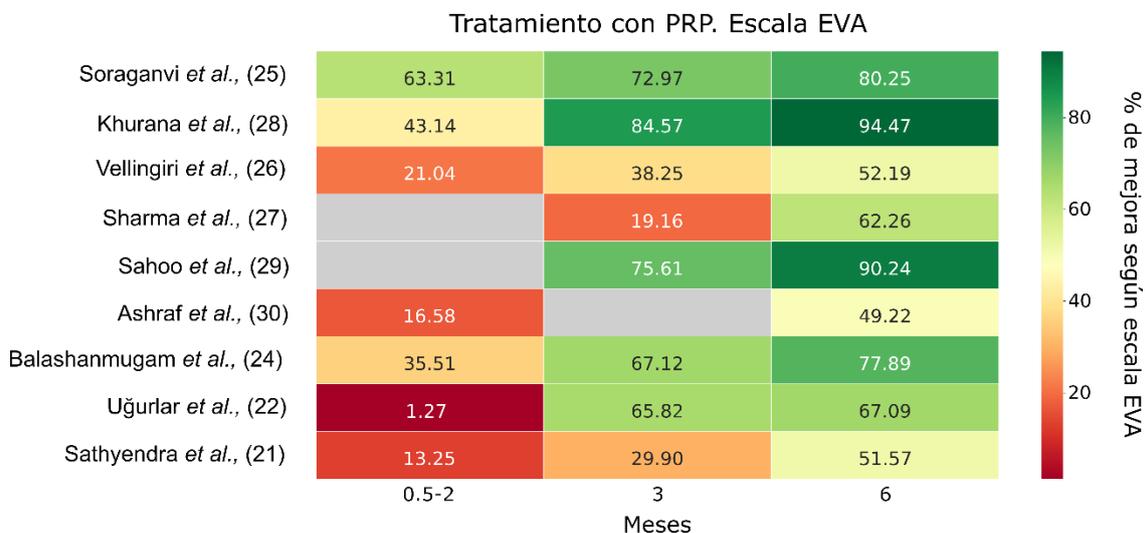
Sathyendra et al., 2023 <sup>(21)</sup>	70	<b>EVA</b> <b>GRUPO A</b> = 7.66 - 15 días = 7.03 - 1º mes = 6.26 - 3º mes = 5.37 - 6º mes = 3.71  <b>GRUPO B</b> = 7.49 - 15 días = 7.09 - 1º mes = 6.69 - 3º mes = 6.2 - 6º mes = 5.4	<b>AOFAS</b> <b>GRUPO A</b> = 62.86 - 15 días = 65.71 - 1º mes = 72.57 - 3º mes = 79.43 - 6º mes = 84  <b>GRUPO B</b> = 64 - 15 días = 65.14 - 1º mes = 68 - 3º mes = 72.57 - 6º mes = 79.43	La inyección de PRP fue superior a la inyección de corticoides en términos de dolor y resultados funcionales durante varias fases de seguimiento.
Kukreja et al., 2017 <sup>(23)</sup>	40	<b>AOFAS</b> <b>GRUPO A</b> = 44.05 - 3º mes = 90.70 - 6º mes = 87.90 - 12º mes = 85.25  <b>GRUPO B</b> = 45.50 - 3º mes = 82.30 - 6º mes = 74.45 - 12º mes = 62.65		El PRP es más eficaz y duradero que la inyección de corticoides. El 85% que recibieron la inyección de PRP calificaron los resultados como excelentes al final del tratamiento y el 70% que recibieron la inyección de corticoides calificaron los resultados como aceptables.

**Tabla1. Resultados de los artículos seleccionados**

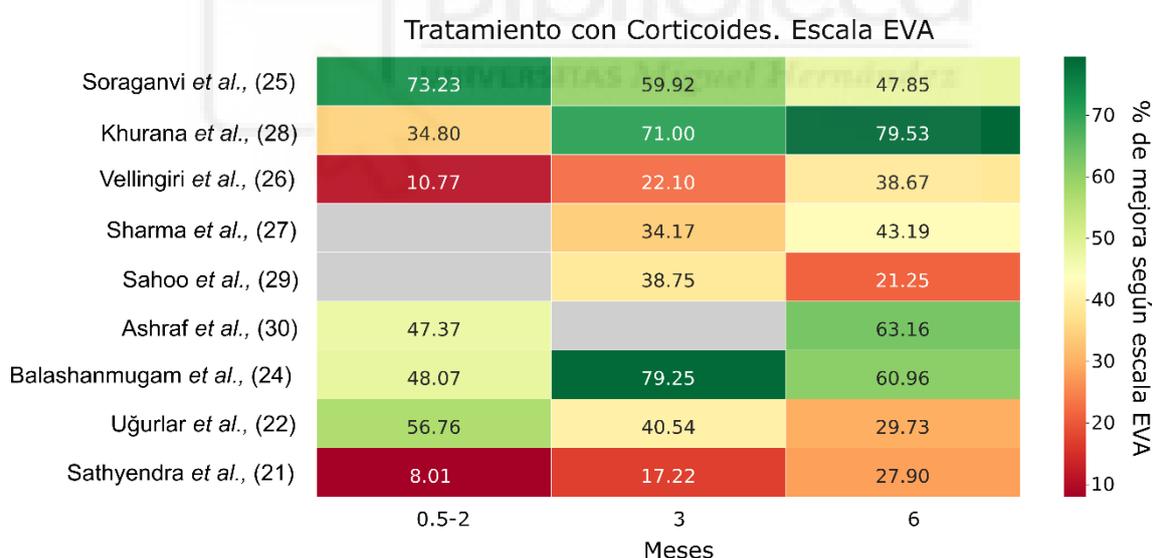
Para poder comparar ambos tratamientos, nos hemos basado en estudiar el porcentaje de mejora respecto al valor inicial (tomado previo al tratamiento) y ver como dicho porcentaje iba cambiando a lo largo del tiempo. De esta forma podemos llevar a cabo una comparación más en detalle entre los diferentes valores de los 10 artículos que estamos estudiando, con el fin de encontrar posibles diferencias entre ellos que indiquen una mejor aproximación respecto a la efectividad de los dos tratamientos (**Figuras 2-5**).

Además, debido a la variabilidad de la toma de resultados de los diferentes artículos durante los primeros dos meses, hemos agrupado dichos resultados estableciéndolos como resultados a corto plazo. Para los resultados a medio y

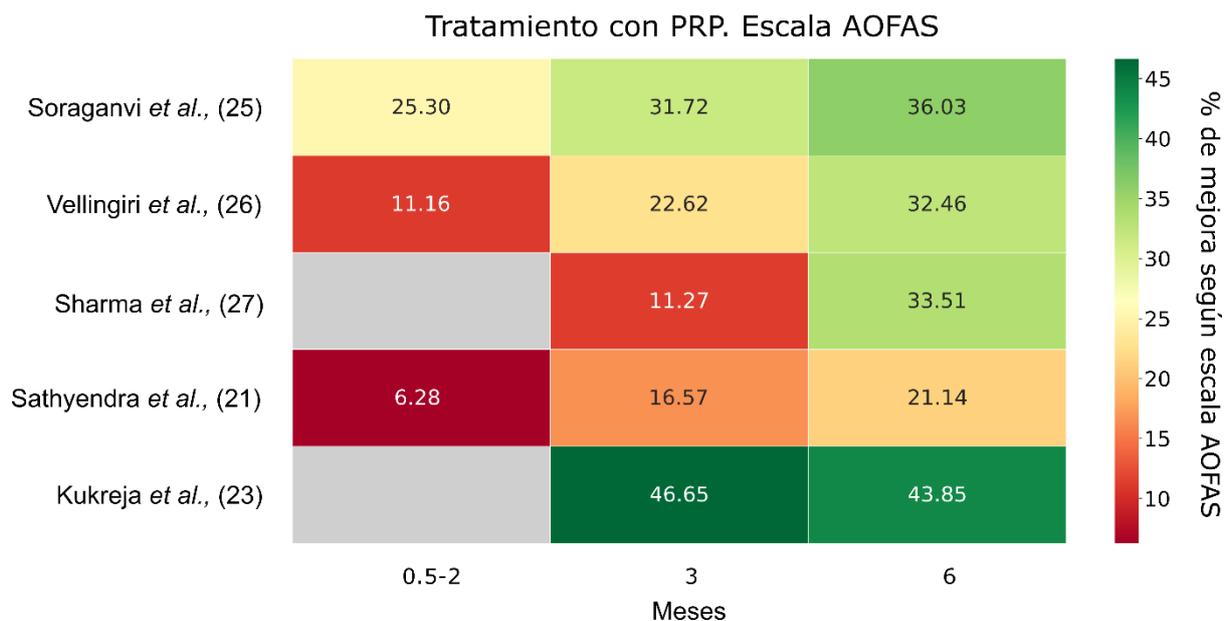
largo plazo hemos seleccionado los resultados medidos a los 3 y 6 meses respectivamente (**Figuras 2-5**).



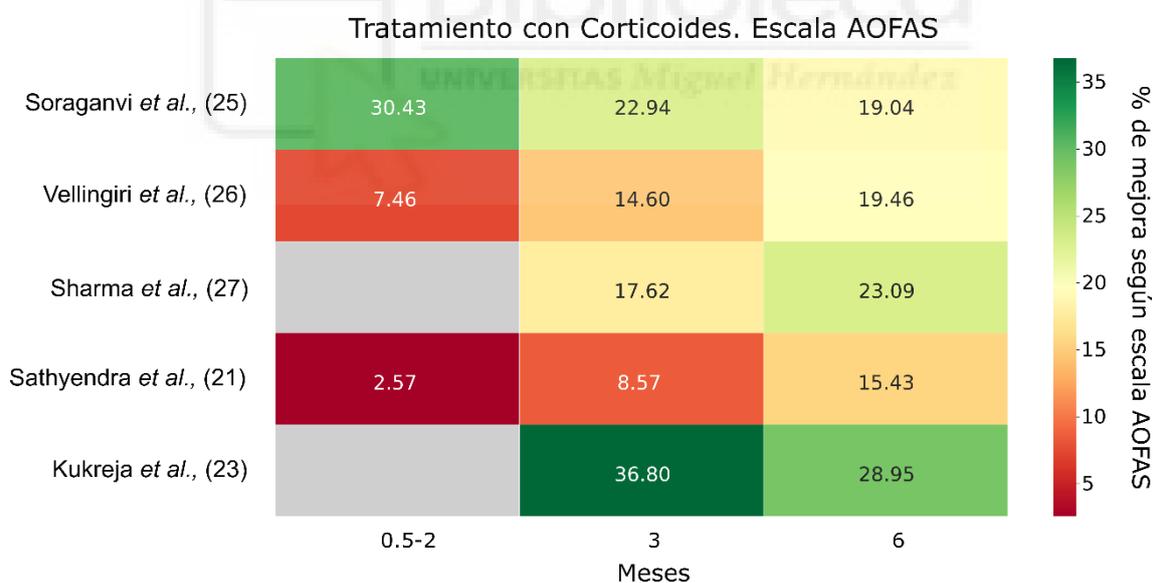
**Figura 2. Mejora del dolor tras el tratamiento con PRP según la escala EVA.** Porcentaje de mejora respecto al valor tomado previo al tratamiento con PRP según la escala EVA en los diferentes artículos a lo largo de los primeros 6 meses.



**Figura 3. Mejora del dolor tras el tratamiento con corticoides según la escala EVA.** Porcentaje de mejora respecto al valor tomado previo al tratamiento con corticoides según la escala EVA en los diferentes artículos a lo largo de los primeros 6 meses.

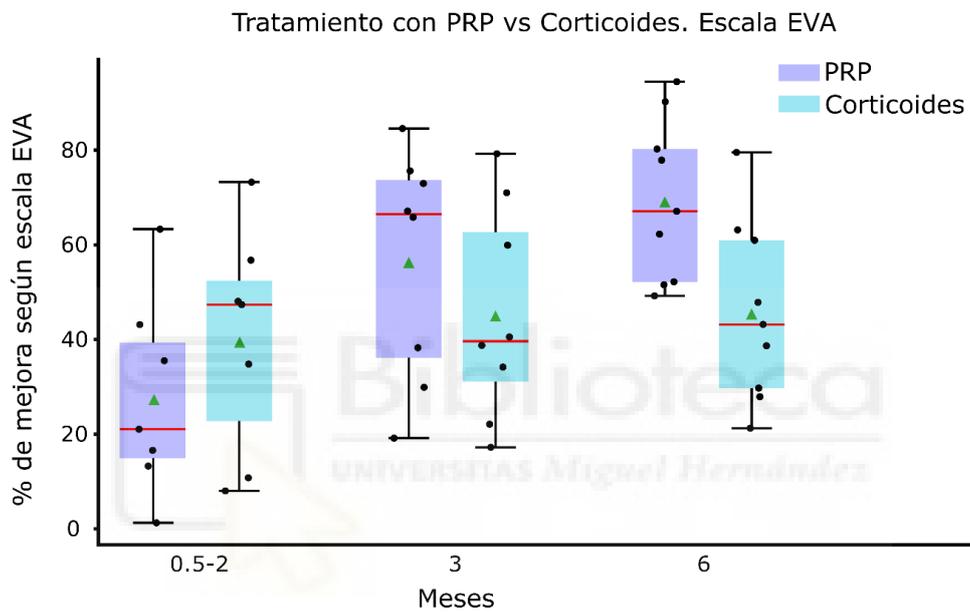


**Figura 4. Mejora del dolor tras el tratamiento con PRP según la escala AOFAS.** Porcentaje de mejora respecto al valor tomado previo al tratamiento con PRP según la escala AOFAS en los diferentes artículos a lo largo de los primeros 6 meses.

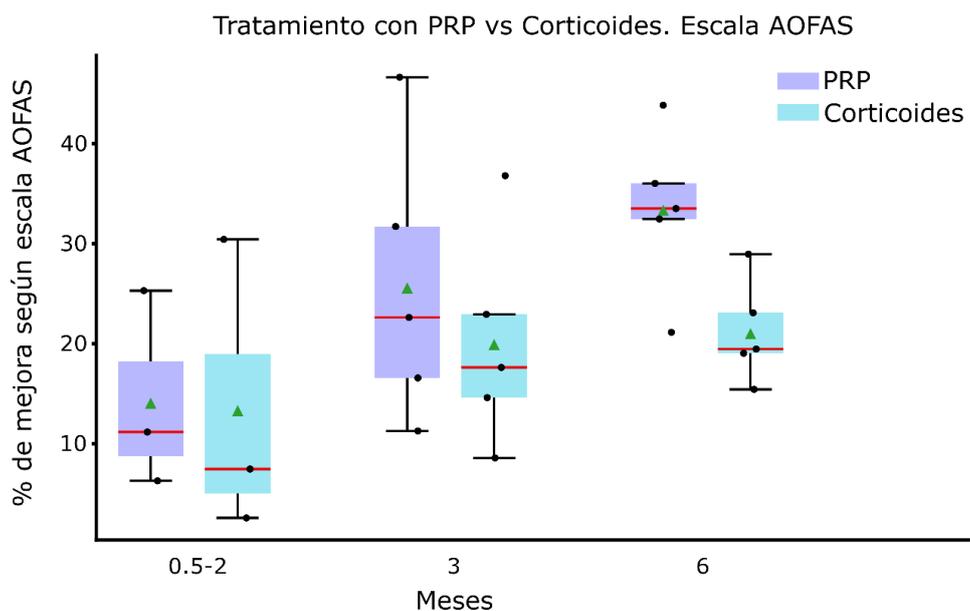


**Figura 5. Mejora del dolor tras el tratamiento con corticoides según la escala AOFAS.** Porcentaje de mejora respecto al valor tomado previo al tratamiento con corticoides según la escala AOFAS en los diferentes artículos a lo largo de los primeros 6 meses.

Una vez se han obtenido los porcentajes de mejora de la escala EVA y AOFAS tanto del PRP y de corticoides por separado, el siguiente paso ha sido unificar en una misma figura la escala EVA de ambos tratamientos (**figura 6**). Lo mismo se ha hecho con los resultados de la escala AOFAS (**figura 7**). La finalidad es observar cuál de los dos tratamientos es el más efectivo según el intervalo de tiempo que estamos analizando, en este caso a corto plazo (0.5-2 meses), a los 3 meses y a los 6 meses.



**Figura 6. PRP vs Corticoides. Escala EVA.**



**Figura 7. PRP vs Corticoides. Escala AOFAS**

## 6. DISCUSIÓN

Respecto a la gráfica que compara la escala del dolor EVA de todos los artículos utilizando el PRP (**figura 2**), los porcentajes recogidos de los seguimientos a corto plazo (primeros 2 meses), podemos observar que la mejora respecto al dolor que presentan los pacientes va desde un 1,27% hasta un 63,37% en el artículo de Soraganvi et al. <sup>(25)</sup>. Al 3º mes es cuando el porcentaje de mejora se empieza a ser más evidente, llegando incluso al 84,57% en el artículo de Khurana et al. <sup>(28)</sup>. Pero es realmente en el 6º mes cuando el PRP acaba haciendo más efecto, ya que sigue aumentando el porcentaje de mejora, siendo este mes cuando más mejoría llegamos a encontrar respecto al dolor que percibe el paciente. Independientemente de los valores, en todos los artículos, la infiltración de PRP va aumentando su efectividad a medida que van pasando los meses.

En cuanto a la escala EVA representada para el tratamiento de corticoides (**figura 3**), podemos observar que el intervalo de mejora ha cambiado con respecto al PRP. En este caso, podemos observar una efectividad a corto plazo, pero en algunos artículos, tanto en el 3º mes como en el 6º mes, la efectividad del corticoide va desapareciendo, aumentando de nuevo el dolor que percibe el paciente <sup>(22) (24) (25) (29)</sup>. En los artículos que sí mejoran tras el paso del tiempo, los porcentajes son más bajos que con el tratamiento con PRP <sup>(21) (26-28) (30)</sup>.

La segunda escala utilizada para la comparación es AOFAS, en la cual se habla de la funcionalidad de pie y tobillo. Respecto al tratamiento con PRP (**figura 4**), encontramos una mejoría progresiva de la funcionalidad del pie y tobillo a medida

que van pasando los meses. El único artículo que no cumple esa progresividad es el artículo de Kukreja et al. <sup>(23)</sup>, que del 3º mes al 6º mes disminuye un 2,8% la funcionalidad del pie y tobillo de los pacientes. En el tratamiento con corticoides (**figura 5**), la mejoría no es tan evidente, llegando incluso a disminuir a medida que pasan los meses.

En la figura en la que se compara la escala EVA de ambos tratamientos (**figura 6**), se observa que la inyección con corticoides tiene una efectividad mayor a corto plazo en comparación con el PRP, pero que una vez llega al 3º mes, esa efectividad no sigue aumentando. En cambio, aunque el PRP tarda un poco más en ser efectivo, la mejora es más progresiva y aumenta con el tiempo, hasta llegar a su máximo efecto al 6º mes.

En cuanto a las puntuaciones que recogemos con la escala AOFAS comparando ambos tratamientos (**figura 7**) llegamos a la conclusión de que tanto el PRP y los corticoides mejoran el dolor, la movilidad y la funcionalidad del pie y tobillo a corto plazo, pero a medida que va pasando el tiempo, el tratamiento que sigue aumentando dicha funcionalidad, y, por tanto, una mejora en la calidad de vida en el paciente es el PRP. Dichos resultados obtenidos con distinta escala concuerdan con los resultados previamente observados en la escala EVA.

Respecto a los efectos adversos, solo dos artículos comentan que hubo complicaciones una vez aplicado el tratamiento; Vellingiri et al. <sup>(26)</sup> comenta que 2 pacientes del grupo PRP tuvieron infección superficial, y 10 pacientes del grupo de corticoides tuvieron además de infección superficial, atrofia de la almohadilla

grasa. Balashanmugam et al. <sup>(24)</sup> afirma que 3 pacientes del grupo PRP y 5 pacientes del grupo de corticoides tuvieron dolor persistente en el talón y cierta pérdida funcional a los 6 meses de seguimiento. Esto refleja que los corticoides causan más efectos secundarios que el PRP, y que pueden provocar complicaciones como la atrofia de la almohadilla grasa <sup>(26)</sup>, así como dolor en el talón y cierta pérdida funcional en comparación con el PRP.

En cuanto a las limitaciones de esta revisión bibliográfica podemos destacar la poca homogeneización de los intervalos de tiempo en los que se ha medido el dolor (escala EVA) y la funcionalidad del pie y tobillo (escala AOFAS). Esto nos dificulta poder estudiar lo que pasa en el mismo intervalo de tiempo entre los diferentes artículos.



## 7. CONCLUSIÓN

Tanto el PRP como los corticoides ofrecen beneficios en el tratamiento de la fascitis plantar, cada uno con sus propias ventajas y limitaciones. La integración de estos dos tratamientos para el manejo de la fascitis plantar puede mejorar significativamente los resultados para los pacientes, proporcionando alivio del dolor y restaurando la función del pie.

Tanto la inyección de corticoides como la de PRP reflejan una disminución del dolor respecto al inicio del tratamiento, llegando incluso a una mayor efectividad la inyección de corticoides a corto plazo (desde las 2 semanas hasta los 2 meses) en la escala EVA. La diferencia de la efectividad de ambos tratamientos la encontramos a partir del 3º mes, donde el PRP obtiene mejores porcentajes de mejora.

También es importante tener en cuenta que el uso de corticoides produce más efectos secundarios que el PRP, pudiendo provocar atrofia de la almohadilla grasa o incluso una rotura de la misma fascia plantar.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Stecco C, Corradin M, Macchi V, Morra A, Porzionato A, Biz C, et al. Plantar fascia anatomy and its relationship with Achilles tendon and paratenon. *Journal of anatomy*. 2013;223(6):665–76.
2. Miñano Martínez I. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la Fascitis plantar. *Revista Española de Cirugía Osteoarticular*. 2020;140–6.
3. Rhim HC, Kwon J, Park J, Borg-Stein J, Tenforde AS. A Systematic Review of Systematic Reviews on the Epidemiology, Evaluation, and Treatment of Plantar Fasciitis. *Life (Basel, Switzerland)*. 2021;11(12):1287-.
4. Owens JM. Diagnosis and Management of Plantar Fasciitis in Primary Care. *Journal for nurse practitioners*. 2017;13(5):354–9.
5. Hossain M, Makwana N. “Not Plantar Fasciitis”: the differential diagnosis and management of heel pain syndrome. *Orthopaedics and trauma*. 2011;25(3):198–206.
6. Hevia JC. 3. Valoración y tratamiento de la fascitis plantar: Revisión sistemática. 2023; 69-88
7. Thomas JL, Christensen JC, Kravitz SR, Mendicino RW, Schuberth JM, Vanore JV, et al. The Diagnosis and Treatment of Heel Pain: A Clinical Practice Guideline—Revision 2010. *The Journal of foot and ankle surgery*. 2010;49(3): S1–19.
8. Hoebeke RE. Diagnosing Plantar Fascitis. *Journal for nurse practitioners*. 2008;4(1):66–7.
9. Michelsson O, Konttinen YT, Paavolainen P, Santavirta S. Plantar heel pain and its 3-mode 4-stage treatment. *Modern rheumatology*. 2005;15(5):307-.

10. Ragab EMS, Othman AMA. Platelets rich plasma for treatment of chronic plantar fasciitis. *Archives of orthopaedic and trauma Surgery*. 2012;132(8):1065–70.
11. Bartold SJ. The plantar fascia as a source of pain—biomechanics, presentation and treatment. *Journal of bodywork movement therapies*. 2004;8(3):214–26.
12. Ang TW. The effectiveness of corticosteroid injection in the treatment of plantar fasciitis. *Singapore medical journal*. 2015;56(08):423–32.
13. Crawford F, Thomson C. Interventions for treating plantar heel pain. *Cochrane database of systematic reviews*. 2003;(3):CD000416–CD000416.
14. Acevedo JI, Beskin JL. Complications of plantar fascia rupture associated with corticosteroid injection. *Foot Ankle International*. 1998;19(2):91–7.
15. Sellman JR. Plantar fascia rupture associated with corticosteroid injection. *Foot and ankle International*. 1994;15(7):376–81.
16. Gudeman SD, Eisele SA, Heidt RS Jr, Colosimo AJ, Stroupe AL. Treatment of plantar fasciitis by Iontophoresis of 0.4% dexamethasone: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *The American journal of sports medicine*. 1997;25(3):312–6.
17. Monto, Raymond R. Platelet-rich plasma and plantar fasciitis. *Sports medicine and arthroscopy review*. 2013;21(4):220–4.
18. Sampson S, Gerhardt M, Mandelbaum B. Platelet rich plasma injection grafts for musculoskeletal injuries: a review. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2008;1(3–4):165–74.
19. Lyras D, Kazakos K, Verettas D, Polychronidis A, Simopoulos C, Botaitis S, et al. Immunohistochemical study of angiogenesis after local administration of

- platelet-rich plasma in a patellar tendon defect. *International orthopaedics*. 2010;34(1):143–8.
20. Gosens T, Peerbooms JC, van Laar W, den Ouden BL. Ongoing positive effect of platelet-rich plasma versus corticosteroid injection in lateral epicondylitis: A double-blind randomized controlled trial with 2-year follow-up. *The American journal of sports medicine*. 2011;39(6):1200–8.
21. Sathyendra KG, Dnyandeo Solankey R, Singh M, Venkatesh kumar S, Singh G, Gupta MM. Comparative study of local injections of autologous platelet rich plasma versus corticosteroid in management of chronic plantar fasciitis. *Journal of clinical orthopaedics and trauma*. 2023; 43:102225–102225.
22. Uğurlar M, Sönmez MM, Uğurlar ÖY, Adıyeke L, Yıldırım H, Eren OT. Effectiveness of Four Different Treatment Modalities in the Treatment of Chronic Plantar Fasciitis During a 36-Month Follow-Up Period: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of foot and ankle surgery*. 2018;57(5):913–8
23. Kukreja T, Agarwal T, Singh A, Bhugra H. Comparative study for the treatment of plantar fasciitis by corticosteroids versus platelet rich plasma. *Medical Journal of Dr DY Patil University*. 2017;10(3):252–6.
24. Balashanmugam A, Kothimbakkam P, Bharath V, Guhan RK, Ganesh A. A randomized controlled comparative study of functional outcome of chronic refractory plantar fasciitis treated with platelet-rich plasma injection and corticosteroid injection. *Journal of orthopaedics and spine*. 2023;11(1):19-23.
25. Soraganvi P, Nagakiran KV, Raghavendra-Raju RP, Anilkumar D, Wooly S, Basti B, Janakiraman P. Is platelet-rich plasma injection more effective than steroid injection in the treatment of chronic plantar fasciitis in achieving long-term relief? *Malaysian orthopaedic journal*. 2019;13(3):8–14.

26. Vellingiri K, S NJ, P V M, Lourdu JP, Andra Suryanarayana MS. A Prospective Study Comparing the Efficacy of Local Injection of Platelet-Rich Plasma (PRP) vs Methylprednisolone in Plantar Fasciitis. *Curēus* (Palo Alto, CA). 2022;14(5): e25523–e25523.
27. Sharma R, Chaudhary NK, Karki M, Sunuwar DR, Singh DR, Pradhan PMS, et al. Effect of platelet-rich plasma versus steroid injection in plantar fasciitis: a randomized clinical trial. *BMC musculoskeletal disorders*. 2023;24(1):172–172.
28. Khurana A, Dhankhar V, Goel N, Gupta R, Goyal A. Comparison of midterm results of Platelet Rich Plasma (PRP) versus Steroid for plantar fasciitis: A randomized control trial of 118 patients. *Journal of clinical orthopaedics and trauma*. 2021; 13:9–14.
29. Sahoo P, Ujade N, Das S. Effectiveness of single injection of platelet-rich plasma over corticosteroid in the treatment of plantar fasciitis – A randomized, comparative study. *Journal of Musculoskeletal Surgery and Research*. 2020;4(4):187.
30. Raja Adnan Ashraf, Muhammad Munir Haider, Faizan Rauf, Syed Abrar Hussain Sherazi, Muhammad Nadeem Kashmiri, Ayesha Amin. To Compare the Effectiveness of Platelet Rich Plasma vs Steroid Injection in the Management of Planter Fasciitis. *J Islamic Int Med Coll*. 2023;18(2):128–32.

## 9. ANEXOS



AUTORES/AÑO	TIPO DE ESTUDIO	N	INTERVENCIÓN	SEGUIMIENTO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	ESCALA	EFFECTOS ADVERSOS	CONCLUSIÓN
Soraganvi et al., 2019 <sup>(25)</sup>	ECA	57  > 6 semanas de evolución  Edad media de 40.11 años  31 mujeres y 26 hombres	A) PRP = 30 B) CS = 30	- Antes del procedimiento - 6 semanas - 3 meses - 6 meses	<b>EVA</b> <b>GRUPO A</b> = 7.14 - 6 semanas = 2.62 - 3 meses = 1.93 - 6 meses = 1.41  <b>GRUPO B</b> = 7.21 - 6 semanas = 1.93 - 3 meses = 2.89 - 6 meses = 3.76  <b>AOFAS</b> <b>GRUPO A</b> = 54 - 6 semanas = 79.3 - 3 meses = 85.72 - 6 meses = 90.03  <b>GRUPO B</b> = 55.63 - 6 semanas = 86.06 - 3 meses = 78.57 - 6 meses = 74.67	EVA y AOFAS	No comenta	La disminución de las puntuaciones de dolor y función del grupo de esteroides después de seis semanas sugiere que la inyección de esteroides es más eficaz sólo para el alivio a corto plazo.
Khurana et al., 2021 <sup>(28)</sup>	ECA	118  > 4 semanas de evolución  Edad media de 33.64 años	A) PRP = 58 B) CS = 60	- Antes del procedimiento - 2 semanas - 4 semanas - 3 meses - 6 meses.	<b>EVA</b> <b>GRUPO A</b> = 9.40 - 2 semanas = 6.71 - 4 semanas = 3.98 - 3 meses = 1.45 - 6 meses = 0.52  <b>GRUPO B</b> = 9.38 - 2 semanas = 7.30	EVA y AOFAS	Ningún paciente de ninguno de los dos grupos sufrió ninguna complicación (local o sistémica) a lo largo de su seguimiento.	El resultado y la diferencia fueron más pronunciados a medida que aumentaba el tiempo transcurrido desde la inyección. El PRP proporciona un mejor alivio del

		53 mujeres y 65 hombres		AOFAS solo se puntuó a los 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 semanas = 4.93</li> <li>- 3 meses = 2.72</li> <li>- 6 meses = 1.92</li> </ul> <p><b>AOFAS</b></p> <p><b>GRUPO A</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 meses = 95.09</li> </ul> <p><b>Grupo B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 meses = 85.96</li> </ul>			dolor y una mejor función en comparación con la inyección de esteroides.
Vellingiri et al., 2022 <sup>(26)</sup>	ECA	110  > 3 meses de evolución  Edad media de 75.5 años  59 mujeres y 41 hombres	A) PRP = 55 B) CS = 55	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antes del procedimiento</li> <li>- 1º mes</li> <li>- 3º mes</li> <li>- 6º mes</li> </ul>	<p><b>EVA</b></p> <p><b>GRUPO A = 7.32</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1º mes = 5.78</li> <li>- 3º mes = 4.52</li> <li>- 6º mes = 3.5</li> </ul> <p><b>GRUPO B = 7.24</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1º mes = 6.46</li> <li>- 3º mes = 5.64</li> <li>- 6º mes = 4.44</li> </ul> <p><b>AOFAS</b></p> <p><b>GRUPO A = 59.58</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1º mes = 70.74</li> <li>- 3º mes = 82.20</li> <li>- 6º mes = 92.04</li> </ul> <p><b>GRUPO B = 56.62</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1º mes = 64.08</li> <li>- 3º mes = 71.22</li> <li>- 6º mes = 76.08</li> </ul>	EVA y AOFAS	2 pacientes del grupo PRP tuvieron infección superficial. 10 pacientes del grupo de corticoides tuvieron complicaciones postoperatorias (infecciones superficiales, despigmentación de la piel y atrofia de la almohadilla grasa). Las infecciones remitieron en un seguimiento posterior.	Aunque las inyecciones de corticoides muestran una mejora significativa en los resultados un mes después de la inyección, a largo plazo la inyección de PRP proporciona mejores resultados durante seis meses en comparación con el grupo de corticoides.

Sharma et al., 2023 <sup>(27)</sup>	ECA	87  > 6 semanas de evolución  Edad media de 44 años  76 mujeres y 14 hombres	A) PRP = 45 B) CS = 42	- Antes del procedimiento - 3º mes - 6º mes  El grosor de la fascia al principio del PRP era de 5.54 y a los 6 meses de 3.53 El grosor de la fascia al principio de los CS era de 5.69 y a los 6 meses de 4.58	<b>EVA</b> <b>GRUPO A</b> = 5.22 - 3º mes = 4.22 - 6º mes = 1.97  <b>GRUPO B</b> = 4.77 - 3º mes = 3.14 - 6º mes = 2.71  <b>AOFAS</b> <b>GRUPO A</b> = 52.53 - 3º mes = 63.80 - 6º mes = 86.04  <b>GRUPO B</b> = 58.14 - 3º mes = 75.76 - 6º mes = 81.23	EVA y AOFAS	No comenta	Se encontró que el bienestar de los participantes, evaluado en términos de dolor y movilidad funcional, era mejor en el grupo de esteroides a los tres meses; sin embargo, se logró un alivio duradero del dolor y una mayor función de movilidad a los seis meses en el grupo de PRP.
Sahoo et al., 2020 <sup>(29)</sup>	ECA	73  > 3 meses de evolución  Edad media de 38.2 años  42 mujeres y 31 hombres	A) PRP = 39 B) CS = 34	- Antes del procedimiento - 3º mes - 6º mes	<b>EVA</b> <b>GRUPO A</b> = 8.2 - 3º mes = 2 - 6º mes = 0.8  <b>GRUPO B</b> = 8 - 3º mes = 4.9 - 6º mes = 6.3	EVA	No se observaron eventos adversos en ninguno de los grupos.	A los 3 y 6 meses de seguimiento, la efectividad fue significativamente mejor con la inyección de PRP. Por lo tanto, se puede recomendar el PRP para una mejora sostenida y prolongada de la fascitis plantar.

Ashraf et al., 2023 (30)	ECA	500  > 6 meses de evolución  Edad media de 46 años  282 mujeres y 218 hombres	A) PRP = 250 B) CS = 250	- Antes del procedimiento - 1º mes - 6º mes - 12º mes	<b>EVA</b> <b>GRUPO A</b> = 7.72 - 1º mes = 6.44 - 6º mes = 3.92 - 12º mes = 0.6  <b>GRUPO B</b> = 7.6 - 1º mes = 4 - 6º mes = 2.8 - 12º mes = 0.6	EVA	No hubo ningún problema posterior a la inyección en ninguno de los grupos.	La administración de PRP puede ser más efectiva en comparación con los esteroides, ya que da resultados positivos incluso después de 12 meses de seguimiento, por lo que puede considerarse como un tratamiento a largo plazo en comparación con las inyecciones de esteroides.
Balashanmugam et al., 2023 <sup>(24)</sup>	ECA	60  > 6 semanas de evolución  Edad media de 41 años  47 mujeres y 13 hombres	A) PRP = 30 B) CS = 30	- Antes del procedimiento - 4 semanas - 8 semanas - 3 meses - 6 meses	<b>EVA</b> <b>GRUPO A</b> = 8.73 - 4 semanas = 5.63 - 8 semanas = 4.3 - 3º mes = 2.87 - 6º mes = 1.93  <b>GRUPO B</b> = 8.53 - 4 semanas = 4.43 - 8 semanas = 2.63 - 3º mes = 1.77 - 6º mes = 3.33	EVA	3 pacientes del grupo PRP y 5 pacientes del grupo de corticoides tuvieron dolor persistente en el talón con cierta pérdida funcional a los 6 meses de seguimiento.  Sin embargo, no tuvieron otras complicaciones.	La inyección de corticosteroides es más eficaz a corto plazo, y el PRP tarda más tiempo en actuar, pero tiene una respuesta sostenida y constante y es más eficaz a largo plazo.

Uğurlar et al., 2018 <sup>(22)</sup>	ECA	79  > 12 meses de evolución  Edad media de 39.25 años  43 mujeres y 36 hombres	A) PRP = 39 B) CS = 40	- Antes del procedimiento - 1º mes - 3º mes - 6º mes - 12º mes - 24º mes - 36º mes	<b>EVA</b>  <b>GRUPO A</b> = 7.9 - 1º mes = 7.8 - 3º mes = 2.7 - 6º mes = 2.6 - 12º mes = 5.6 - 24º mes = 7.5 - 36º mes = 7.7  <b>GRUPO B</b> = 7.4 - 1º mes = 3.2 - 3º mes = 4.4 - 6º mes = 5.2 - 12º mes = 6.8 - 24 mes = 7.4 - 36º mes = 7.5	EVA	No comenta	La inyección de corticoides es más efectiva en los primeros 3 meses, pero pierde su eficacia con el tiempo. El efecto del PRP se observará en un plazo de 3 a 12 meses.
Sathyendra et al., 2023 <sup>(21)</sup>	ECA	70  > 3 meses de evolución	A) PRP = 35 B) CS = 35	- Antes del procedimiento - 15 días - 1º mes - 3º mes	<b>EVA</b> <b>GRUPO A</b> = 7.66 - 15 días = 7.03 - 1º mes = 6.26 - 3º mes = 5.37 - 6º mes = 3.71  <b>GRUPO B</b> = 7.49 - 15 días = 7.09 - 1º mes = 6.69 - 3º mes = 6.2 - 6º mes = 5.4  <b>AOFAS</b> <b>GRUPO A</b> = 62.86	EVA y AOFAS	No comenta	La inyección de PRP fue superior a la inyección de corticoides en términos de dolor y resultados funcionales durante varias fases de seguimiento.

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- 15 días = 65.71</li> <li>- 1º mes = 72.57</li> <li>- 3º mes = 79.43</li> <li>- 6º mes = 84</li> </ul> <p><b>GRUPO B = 64</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 15 días = 65.14</li> <li>- 1º mes = 68</li> <li>- 3º mes = 72.57</li> <li>- 6º mes = 79.43</li> </ul>			
Kukreja et al., 2017 <sup>(23)</sup>	ECA	<p>40</p> <p>&gt; 6 meses de evolución</p> <p>Edad media de 51.4 años</p> <p>27 mujeres y 13 hombres</p>	<p>A) PRP = 20</p> <p>B) CS = 20</p>	<p>- Antes del procedimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3º mes</li> <li>- 6º mes</li> <li>- 12º mes</li> </ul>	<p><b>AOFAS</b></p> <p><b>GRUPO A = 44.05</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3º mes = 90.70</li> <li>- 6º mes = 87.90</li> <li>- 12º mes = 85.25</li> </ul> <p><b>GRUPO B = 45.50</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3º mes = 82.30</li> <li>- 6º mes = 74.45</li> <li>- 12º mes = 62.65</li> </ul>	AOFAS	No comenta	<p>El PRP es más eficaz y duradero que la inyección de corticoides.</p> <p>El 85% que recibieron la inyección de PRP calificaron los resultados como excelentes al final del tratamiento y el 70% que recibieron la inyección de corticoides calificaron los resultados como aceptables.</p>

**Anexo 1. Datos de los artículos seleccionados**

